UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1971 N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NOTION DE QUOTIENT INTELLECTUEL ET DE SON UTILISATION EN PÉDO-PSYCHIATRIE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1971

en vue du Diplôme de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Michel PETIT

JURY DE THESE

M. GÉRAUD, Président

MM. SOREL, GAYRAL, MORON, GLEIZES, Juges.

IMP A. HUNAULT & FILS, Tarbes

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546526_0026

Contribution à l'Étude de la notion de Quotient Intellectuel et de son utilisation en Pédo-Psychiatrie

Contribution à l'Étude de la notion

de Quotient Intellectuel et de son

utilisation en Pédo-Psychiatrie

UNIVERSITE PAUL SABATIER

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MEDICALES

DIRECTION DE L'UNIVERSITE

M. LARENG ..... Président de l'Université

M. MATHIS ..... Vice-Président

M. ENJALBERT ... Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-RANGUEIL

M. MONNIER ..... Directeur de l'Unité des Sciences Médicales TOULOUSE-PURPAN

HONORARIAT

M. LAZORTHES ... Doyen honoraire

M. CALVET ..... Doyen honoraire

M. BRUSTIER ..... Doyen honoraire

M. VALLOIS ..... Professeur honoraire

M. TAPIE ..... Professeur honoraire

M. DELAS ..... Professeur honoraire

M. RISER ..... Professeur honoraire

M. BUGNARD ..... Professeur honoraire

M. VINCENT ..... Professeur honoraire

M. MOREL ..... Professeur honoraire

M. BOUISSET ..... Professeur honoraire

M. CALMETTES ... Professeur honoraire

M. THOMAS ..... Professeur honoraire

M. LAGROT ..... Professeur honoraire

Mme DULUCQ ..... Professeur honoraire

PROFESSEURS

M. DARDENNE .... Clinique Médicale et Cardiologique, Purpan

M. GADRAT ..... Clinique Médicale Sud Purpan

M. FICAT ..... Clinique Chirurgicale Rangueil

M. POULHES ..... Clinique Chirurgicale A et Gynécologie, Rangueil

M. GRIMOUD ..... Clinique Chirurgicale B et du Cancer, Purpan

M. PASQUIE ..... Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie Purpan

M. RIEUNAU ..... Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique, Purpan

M. ENJALBERT ... Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire Rangueil

M. BAZEX ..... Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques, Purpan

M. LHEZ ..... Clinique des Maladies des voies urinaires Purpan

M. ARMENGAUD .. Clinique des Maladies Infectieuses, Purpan

M. SOREL ..... Clinique Médicale Infantile et Puériculture Rangueil

M. BARDIER ..... Clinique Médicale de la première enfance, Purpan

M. LAZORTHES G. .. Clinique de Neuro-Chirurgie, Rangueil

M. GERAUD ..... Clinique Neurologique et Pshychiatrique, Rangueil

M. PONTONNIER ... Clinique Obstétricale Rangueil

M. CADENAT ..... Clinique Odonto-Stomatologique, Rangueuil

M. DEODATI ..... Clinique Ophtalmotologique, Rangueil

M. CALVET ..... Clinique O. R. L. et Chirurgie Maxillo-faciale Purpan

M. DELAUDE ..... Clinique de Pneumophtisiologie, Purpan

M. RUFFIE R. ..... Clinique Rhumatologique Purpan

M. MONROZIES ... Accouchement et Obstétricie Sociale, Purpan

M. BASTIDE ..... Anatomie, Purpan

M. FABRE J. ..... Anatomie Pathologique Anatomie Appliquée Purpan

M. LARENG L. .... Anesthésie et Réanima- Purpan

Mme ENJALBERT ... Bactériologie, Rangueil

M. AUVERGNAT .. Biophysique Médicale A Purpan

M. BRU ..... Biophysique Médicale B Rangueil

M. CALAZEL ..... Cardiologie Clinique et Expérimentale, Rangueil

M. VALDIGUIE P. ... Chimie Biologique Rangueil

M. MARQUES ..... Electro-Radiologie Rangueil

M. BROUSSY J. ... Embryologie Générale Purpan

M. RUFFIE J. ..... Hématologie, Purpan

M. BIMES ..... Histologie Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie Rangueil

M. MONNIER ..... Hygiène et Médecine Sociale, Purpan

M. DUCOS ..... Immunologie, Purpan

M. PLANQUES .... Médecine Légale et Médecine du Travail Purpan

M. DAMBRIN ..... Pathologie Chirurgicale Purpan

M. SENDRAIL ..... Pathologie Générale et Médecine Expérimentale Rangueil

M. RIBAUT ..... Pathologie Médicale Purpan

M. LAPORTE Y. ... Physiologie, Rangueil

M. BAISSET ..... Physiologie Appliquée et Pharmacologie, Rangueil

M. LAPORTE J. ... Séméiologie et Clinique Médicale, Purpan

M. DARNAUD ..... Thérapeutique, Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

M. GUILHEM ..... Histologie et Embryologie Rangueil

M. BOUISSOU .... Anatomie Pathologique Rangueil

M. DOUSTE-BLAZY Biochimie Médicale Rangueil

M. PLANEL ..... Histologie et Embryologie Purpan

M. CLAUX ..... Oto-Rhino-Laryngologie Rangueil

M. BOULARD ..... Pathologie Médicale Purpan

M. MONTASTRUC ... Physiologie, Rangueil

M. BESSOU ..... Physiologie, Purpan

M. MIGUERES ..... Pneumo-Phtisiologie Rangueil

PROFESSEURS SANS CHAIRE

M. FABRE J. ..... Anatomie Pathologique Purpan

Mme LARENG M.B. Bactériologie, Parasitologie, Virologie, Purpan

M. VALDIGUIE P. ... Biochimie Médicale Rangueil

M. ESTRADE ..... Carcinologie, Purpan

M. GEDEON ..... Chirurgie Générale Rangueil

M. SARRAZIN .... Chirurgie Générale Rangueil

M. ESCHAPASSE .. Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Purpan

M. PONS ..... Electro-Radiologie Purpan

M. ROULLEAU .... Electro-Radiologie Rangueil

M. BOLLINELLI ... Médecine Générale et Thérapeutique, Purpan

M. ARLET ..... Médecine Générale Rangueil

M. DALOUS ..... Pédiatrie, Purpan

M. ESPAGNO J. ... Neuro-Chirurgie, Purpan

M. GAYRAL ..... Pshychiatrie, Purpan

M. SUC ..... Médecine Générale Thérapeutique, Rangueil

M. REGNIER ..... Pédiatrie, Purpan

M. RIBET ..... Médecine Générale Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. JUSKIEWENSI .. Anatomie et Organogénèse, Rangueil

M. VIRENQUE C. .. Anesthésiologie, Rangueil

Mme DIDIER ..... Bactériologie-Virologie Rangueil

M. REGIS ..... Biophysique, Rangueil

M. GUIRAUD R. ... Biophysique, Purpan

M. BOUNHOURE .. Cardiologie, Rangueil

M. ESCAT J. ..... Chirurgie Générale Rangueil

M. COSTAGLIOLA .. Chirurgie Générale Purpan

M. PUEL ..... Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Rangueil

M. DUPRE ..... Dermatologie, Vénéréologie, Rangueil

M. PONTONNIER G. Gynécologie et Obstétrique, Rangueil

M. SOLEILHAVOUP Histologie, Embryologie, Cytogénétique, Rangueil

M. BIERME R. ..... Immunologie, Hématologie, Maladies du Sang Rangueil

M. RASCOL ..... Médecine Générale Purpan

M. BES ..... Médecine Générale et Thérapeutique, Rangueil

M. FEDOU R. ..... Médecine Interne, Purpan

M. PUJOL ..... Médecine du Travail Purpan

UNIV. LEIDEN BIBL.

M. LE TALLEC .... Médecine Interne Rangueil

M. GREZES-RUEFF .. Médecine Légale, Purpan

M. CONTE J. ..... Nephrologie, Purpan

M. LAZORTHES Y. Neurochirurgie, Rangueil

M. UTHEZA G. ... Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique Rangueil

M. LARROUY ..... Parasitologie, Purpan

M. ROCHICCIOLI .. Pédiatrie Génétique Médicale, Rangueil

M. ALBAREDE J. L. Pneumo-Phtisiologie Purpan

M. JOVER ..... Pneumo-Phtisiologie Rangueil

M. GERAL J.P. .... Physiologie, Rangueil

M. PAGES B. ..... Physiologie, Purpan

M. COMBES P. .... Radiologie, Purpan

M. FOURNIE A. ... Rhumatologie, Purpan

M. DENARD ..... Thérapeutique, Purpan

M. SALVADOR M. .. Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie, Purpan

M. PONTONNIER F. Urologie, Purpan

AGREGES

M. GAUBERT ..... Chirurgie Générale Purpan

M. BEC ..... Ophtalmologie, Purpan

AGREGES LIBRES

M. SOUQUET ..... Chirurgie Générale Purpan

M. GLEIZES ..... Pathologie Expérimentale Purpan

M. DIEULAFE ..... Pathologie Chirurgicale Rangueil

M. ESPAGNO G. .. Obstétrique, Rangueil

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. LABOUCARIE .. Psychiatrie, Purpan

ADMINISTRATION

M. PRINEAU J.P. .. Secrétaire Général de l'Université

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1971 N° 95

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NOTION DE QUOTIENT INTELLECTUEL ET DE SON UTILISATION EN PÉDO-PSYCHIATRIE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement en Juin 1971

en vue du Diplôme de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Michel PETIT

JURY DE THESE

M. GÉRAUD, Président

MM. SOREL, GAYRAL, MORON, GLEIZES, Juges.

A mon Père

A ma Mère

A ma Femme

A mes Enfants, Florence et Anne

A mes Frères et Sœurs

A tous ceux que j'aime.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur GERAUD,

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique,

Médecin des Hôpitaux,

Membre de la Société Française de Neurologie,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance et notre respectueux attachement pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la Présidence de notre Jury de Thèse.

A NOTRE JURY DE THESE :

A Monsieur le Professeur SOREL,
Professeur de Clinique Médicale Infantile et de Puériculture,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

Nous lui exprimons notre gratitude d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le Professeur GAYRAL,
Professeur sans Chaire de Psychiatrie,
Médecin des Hôpitaux.

Nous vous remercions d'avoir dirigé notre travail. En témoignage de notre reconnaissance pour l'h o n n e u r que vous nous faites d'être parmi nos Juges.

A Monsieur le Docteur MORON,
Chargé de Cours.

Nous vous sommes tout particulièrement reconnaissant d'a v o i r bien voulu participer à notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur GLEIZES,
Professeur Agrégé de Pathologie Expérimentale.

En témoignage de n o t r e reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Claude BENAYOUN,
Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques.

Que celui qui m'a permis de réaliser ce travail, trouve ici l'expression de toute mon amitié.

Aux Médecins-Chefs de Service
de l'Hôpital Psychiatrique de Lannemezan.

I. — INTRODUCTION

Depuis l'introduction par Binet de la notion de Q.I., celle-ci s'est considérablement affinée au cours des années. Mais aussi — et c'est là le but de notre étude — cette notion a pris une extension à notre avis trop importante dans la définition des débilités mentales et surtout dans son utilisation comme critère de discrimination.

Le but de cette étude est de montrer que l'utilisation abusive de la notion de quotient intellectuel recouvre les difficultés inhérentes à la connaissance des inadaptations.

Le champ de la psychiatrie infantile a toujours été difficilement délimité entre d'une part ce qu'on appelle peut-être un peu abusivement « partie défectologique » (encéphalopathie, arriération mentale profonde) et la partie « éducative », d'aspect presque essentiellement pédagogique.

Tout au long de notre étude nous retrouverons surtout la difficulté d'une partition entre l'aspect pédagogique et l'aspect proprement physiopathologique de l'inadaptation. Et ce n'est pas par hasard que nous avons choisi comme objet de notre étude le recrutement d'un Institut Médico-Pédagogique, institution qui, dans son vocable même, marque bien l'ambiguïté de ces deux notions.

En clair, ce que nous voudrions montrer c'est que l'inadaptation n'est pas un concept simple que l'on pourrait assimiler à de simples difficultés scolaires, voire à un déficit de l'intelligence plus ou moins bien apprécié par des tests de niveau.

Cette conception qui est un peu celle des services de l'Education nationale méconnaît à notre sens l'enfant dans sa globalité.

Dans une première partie, nous étudierons l'aspect historique de la notion de quotient intellectuel en soulignant les réserves que les promoteurs avaient eux-mêmes signalées.

Dans un deuxième temps, après avoir décrit le protocole d'étude, nous étudierons quatorze cas qui sont particulièrement probants sur une population de quarante-cinq enfants. Après analyse de ces observations, nous essayerons de tirer quelques propositions de solution.

II. — HISTORIQUE

L'évaluation du quotient intellectuel chez l'enfant ou l'adolescent est une chose difficile. Qu'il s'agisse d'aboutir à une conclusion dans un but scolaire (dépistage immédiat des arriérés pour constituer des classes homogènes), psychiatrique (observation), ou en vue de l'orientation professionnelle on ne peut se fier à une simple estimation subjective, individuelle et donc toujours sujette à caution.

Aussi a-t-on cherché à déterminer scientifiquement, au moyen de petites épreuves judicieusement choisies, la valeur intellectuelle des enfants ou des adolescents.

Une observation importante est à noter sur le plan historique :

En 1796, MASKELEYNE, astronome de l'observatoire de Greenwich, renvoya son assistant parce que celui-ci avait observé le passage des étoiles dans le champ du télescope avec un retard d'une seconde sur ses propres observations. Telle est l'origine de la psychologie différentielle et des méthodes psychométriques.

Vingt ans plus tard BESSEL, astronome à Königsberg, lisant le récit de cet incident, entreprit l'étude systématique de ce qui est connu de nos jours sous le nom d' « équation personnelle ». La différence entre le temps réel de passage d'une étoile et le temps observé est une quantité qui varie d'un observateur à l'autre, et chez le même observateur, suivant la date de l'observation.

Cette première démonstration de l'existence de différences psychologiques individuelles, utilisée dès 1820 par les astronomes, resta sans écho en dehors de ce milieu de spécialistes.

C'est vers le milieu du XIX[e] siècle que naquit vraiment la psychologie différentielle à partir de deux directions bien différentes.

En Allemagne, WEBER, FECHNER, HELMHOLTZ étendirent aux phénomènes élémentaires de la vie psychique les méthodes de la physiologie et, en 1879, Wilhem WUNDT créait à Leipzig le premier laboratoire de psychologie expérimentale.

Tout autre est la perspective dans laquelle se plaça Françis GALTON. Ce cousin de DARWIN publiait en 1879 dans BRAIN, sous le titre de « Psychometric experiments », un article dont les premières phrases sont désormais célèbres ; il donnait la première définition du terme psychométrie et une affirmation de la nécessité des méthodes quantitatives dans les sciences de l'homme :

« La psychométrie, il est à peine besoin de le dire, signifie l'art d'imposer aux opérations de l'esprit la mesure et le nombre, tel qu'on le pratique par exemple dans la détermination du temps de réactions de différentes personnes.

» Je me propose dans ce mémoire de présenter un nouvel exemple de psychométrie et quelques-uns de ses résultats. Ils n'ont peut-être ni une grande nouveauté, ni une grande importance mais ils sont au moins précis et peuvent être vérifiés ».

Les deux courants, la psychologie physiologique de WUNDT, la psychométrie de GALTON vont se réunir grâce au psychologue américain MACKEEN CATTEL. En 1890, il publie un article intitulé « Mental tests and measurements » où se trouve mentionné pour la première fois le terme de **test mental.** Orienté vers les applications pratiques, CATTEL appliqua aux étudiants de Columbia une série de dix épreuves.

Le Courant de la Psychologie Clinique Française

Le courant de la psychologie clinique française ne vise pas à la mesure de l'intelligence : ITARD et SEGUIN sont surtout des rééducateurs. Leur méthode clinique saisit l'intelligence dans la richesse de sa structure car ils travaillent sur des données moins artificielles que les psychologues allemands et anglo-saxons

ITARD (1779-1838) se voit confié le sauvage de l'Aveyron (Victor) qui errait dans les bois depuis des années, vivant comme un animal. ITARD nous fournit un modèle de description psychologique de cet enfant sauvage, qui ne parle pas et prend le galop à la moindre frayeur. La méthode d'enseignement d'ITARD part de la rééducation des sens et s'élève peu à peu jusqu'à l'exercice des opérations abstraites.

ITARD est connu à titre de rééducateur, mais sa méthode clinique expérimentale en fait le premier grand psychologue de la perception des formes et de l'intelligence catégorielle. Il fait un rapport au Ministre de l'Intérieur en 1807.

Ces expérimentations constituent autant une méthode d'examen psychologique qu'une technique de rééducation.

Après ITARD, il faut citer SEGUIN (1812-1880). Il est collaborateur d'ESQUIROL, il préconise aussi pour les idiots une méthode de rééducation sensorielle. Pour cela il invente une planche à encastrement qui sera longtemps en usage à la Salpétrière. C'est aussi un des premiers utilisateurs des méthodes psycho-graphiques.

SEGUIN travaille sur une donnée dynamique : l'évolution de l'intelligence chez les arriérés. ITARD et SEGUIN utilisent pour la rééducation, un matériel gradué que BINET reprendra en partie pour la mesure même du développement.

C'est Alfred BINET qui permet aux méthodes psychométriques de sortir de l'impasse où elles se trouvaient engagées.

Au début de sa carrière il s'orienta surtout vers la psychologie pathologique. Il travailla dans le service de CHARCOT à

la Salpétrière, il y rencontra JANET et probablement FREUD qui s'y trouvait alors (1885-1888)).

Dès 1891, BINET, alors âgé de 35 ans, rentra au laboratoire de psychologie physiologique créé par Théodule RIBOT au Collège de France. De cette période date un petit ouvrage demeuré longtemps classique « Introduction à la psychologie expérimentale » (1896). Cet ouvrage se distingue déjà par l'intérêt que BINET porte aux processus de la pensée et, dans le chapitre consacré à la psychométrie, il écrit ces lignes : « Enfin, pour terminer sur ce point, rappelons que la psychométrie pourrait servir de procédé pour analyser différents états mentaux chez des individus intoxiqués (alcool), ou dans divers états pathologiques et spécialement chez les aliénés, et nous ne sommes pas sûrs qu'on ait toujours pris la bonne méthode ».

L'année suivante, en 1895, paraît, sous la signature de BINET et HENRI, un article qui est considéré comme l'acte de naissance de la psychologie différentielle. Sous ce titre : « La psychologie individuelle », BINET et HENRI définissent la nouvelle science, ses buts et ses méthodes ; l'objet de la psychologie individuelle est double. Elle étudie d'une part les variations individuelles des diverses fonctions, de l'autre la corrélation de ces facteurs chez un même individu. Le programme que trace Binet consiste à l'exploration des fonctions suivantes : mémoire, imagination, attention, compréhension, suggestibilité, sentiment esthétique, sentiments moraux, force musculaire et force de volonté, labileté et coup d'œil.

Cette étude, écrit le Professeur PIÉRON, donne l'orientation générale de tous les travaux ultérieurs de Binet, signalant l'importance des mental-tests et des applications à utiliser pour le pédagogue et le médecin.

L'année suivante, le Ministère de l'Instruction Publique décida d'organiser l'enseignement des anormaux. Il nomme une commission dont BINET faisait partie et qui devait déterminer les meilleures méthodes pour la sélection des sujets d'intelligence inférieure. **Stimulé par ce problème concret, Binet publiait en 1905, dans « L'Année psychologique », en collaboration avec T.**

SIMON, « Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux ».

Il y exposait une série de trente épreuves de difficulté croissante, permettant d'apprécier l'intelligence des enfants. En 1908, BINET et SIMON présentaient une révision de l'échelle et en 1911, peu de temps avant la mort de Binet, paraissait une dernière version améliorée sur des points de détail.

L'échelle d'intelligence de BINET et SIMON a été le premier test mental vraiment applicable en partie. Son succès immédiat a produit un phénomène d'unanimité bien rare dans l'histoire des sciences. Alfred BINET est reconnu dans le monde entier comme le véritable créateur de la méthode des tests mentaux.

Cette réussite était liée à trois facteurs :

1° Alfred BINET avait admis l'existence d'une fonction très vaste, l'intelligence générale. Il avait montré que cette fonction pouvait être mesurée grâce à l'emploi d'épreuves s'adressant, non plus aux processus mentaux élémentaires, mais directement aux éléments supérieurs de l'esprit. Il avait introduit pour l'appréciation de l'intelligence une unité, l'âge mental, qui permettait un étalonnage.

2° Le deuxième facteur de réussite de BINET a été d'imaginer des tests qui, pour les âges auxquels ils étaient destinés, mesuraient de façon suffisante cette « intelligence ».

BINET a dès 1905, insisté sur le fait que, dans ses recherches il n'a pas emprunté des tests à ses prédécesseurs. Son mérite a été d'oser enfin se libérer de l'héritage physiologique.

BINET put, grâce à la collaboration de T. SIMON, expérimenter ses tests, sur les enfants arriérés à la colonie de Perray-Vaucluse. « Probablement, écrit SIMON, c'est à ce détail que nous avons dû de réussir. Comme nous opérions avec des enfants entre lesquels les écarts d'intelligence étaient énormes et visibles à tous les yeux, les épreuves que nous essayions avec eux se trouvaient classées par là même et nous allions pouvoir

retenir comme significatives toutes celles à l'égard desquelles ces divers sujets ne se comportaient pas de la même façon ».

BINET a su créer et choisir des épreuves qui, chez les enfants, avaient une forte corrélation avec les résultats scolaires.

3° Le troisième élément de la réussite de BINET a été la découverte de la notion d'âge mental. Mais déjà BINET décrit ce qu'un enfant normal de trois, cinq, sept, neuf ou onze ans est capable de faire. Il indique qu'une différence entre les résultats est liée à une différence d'intelligence. Un idiot réussira seulement les six premiers tests, les imbéciles réussiront les quinze premiers tests et les débiles auront un niveau supérieur. C'est seulement dans la version de 1908 qu'apparaît la notion d'âge mental. Il est certain que c'est l'emploi de cette notation qui a permis le succès pratique de l'échelle de BINET - SIMON.

Cette échelle était le premier test étalonné sur une population normale. L'étalonnage sans doute était imparfait mais pour les pédagogues et les cliniciens il représentait une véritable révolution. Pour la première fois on pouvait classer un sujet en terme d'avance ou de retard par rapport à la moyenne des sujets normaux. Pour la première fois on pouvait vraiment « mesurer » l'intelligence.

Nous pensons avec J. DELAY, P. PICHOT et J. PERRE, et nous y reviendrons par la suite que c'est par un abus de langage qu'on parle de mesurer l'intelligence. Par définition une unité de mesure est une quantité additive comme le gramme, le mètre ou la seconde. En vocabulaire métrologique strict, on ne mesure pas l'intelligence, on la repère sur une échelle, comme on le fait pour la température.

Evolution de la Psychométrie

Après 1910-1914 il est difficile de distinguer des courants généraux dans l'évolution de la psychométrie. Le meilleur moyen d'en rendre compte est de la suivre dans quelques pays.

Aux Etats-Unis, le test de BINET est accueilli avec enthousiasme. Les psychologues ont enfin l'instrument que les conditions sociales réclament. Le test de BINET est rapidement adopté (TERMAN, 1916) tandis qu'apparaissent les premiers tests de performances non verbaux (GODDARD, 1912 ; PORTHEUS, 1915 ; PINTNER-PATERSON, 1917) utilisables pour les immigrants ne parlant pas anglais.

La psychométrie est définitivement consacrée pendant la guerre : en 1918, les Etats-Unis doivent improviser une armée. Une commission de psychologues se charge avec succès de la sélection des cadres ; prés de 2 000 000 d'hommes passent les tests. Army alpha et Army beta (épreuves collectives dérivées du BINET - SIMON).

Le souci de saisir l'intelligence telle qu'elle s'exprime dans la réalité sociale oriente aussi l'œuvre de WESCHSLER, médecin de Bellevue Hospital de New-York, dans les éditions successives de son test (de 1939 à 1958).

La psychométrie utilise directement pour l'étalonnage des tests (TERMAN et MERRIC, 1937) les méthodes mathématiques des échantillons représentatifs employés de manière spectaculaire par GALLUP (1936) pour les sondages des opinions politiques

Vers 1930, les travaux américains sont influencés par la Gestalttheone allemande ; WERTHEIMER et beaucoup de membres de son école émigrent aux Etats-Unis. La Gestaltthéonie inspire directement l'œuvre de Lauretta BENDER (1932), de RUBIN (1939), comme de BENTON (1945).

D'une manière générale, la psychologie clinique américaine se caractérise par l'utilisation intensive de la mesure dans laquelle les praticiens ont une grande confiance.

En Angleterre, l'œuvre de BINET est aussi bien accueillie (par BURT notamment). Mais le souci de l'utilisation pratique céde déjà le pas à l'étude de la structure de l'intelligence avec SPEARMAN.

En Russie, la psychométrie est bien accueillie et trouve des laboratoires de psychologie expérimentale clinique déjà installés, comme celui de KORSAKOV, à Moscou (1884).

Le psychiatre ROSSOLINO s'oriente vers l'étude des profils psychologiques individuels.

En 1931, la Conférence internationale de Psychologie appliquée se tient à Moscou. VITGOVSKI commence des travaux sur la pensée. Peu après, de vives critiques sont dirigées contre la psychométrie, les tests sont considérés dans la perspective du capitalisme en décomposition : sa faillite économique et humaine le conduit à des procédés d'élimination (sélection industrielle par exemple). Dans le domaine pédagogique, les tests montrent la supériorité des enfants des classes aisées, présentant comme définitive et innée une particularité dûe à l'action des inégalités du milieu et donc modifiable. Les tests sont des outils justifiant la suprématie des classes possédantes qui ne veulent pas voir changer les différences sociales et culturelles.

En 1936, les tests sont interdits en U.R.S.S.

En Suisse, la psychométrie est introduite par CLAPANEDE (1873-1940). Sa distinction entre l'intelligence générale et l'intelligence intégrale (aptitude logique) semble marquer la psychologie suisse.

PIAGET (après 1920) entreprend une œuvre d'une grande richesse qui s'efforce surtout de saisir le développement de l'intelligence de l'enfant en termes de structures logiques.

En France, après BINET on distingue plusieurs directions dans le travail des chercheurs : révision du BINET - SIMON (1926-1943-1949), adaptation des tests étrangers et recherche fondamentale.

JANET avant la guerre condamne sans appel la méthode des tests : « Les chiffres ont perdu la méthode des tests », écrit-il.

L'activité des psychologues cliniciens s'exerce surtout dans le cadre de la Santé publique. Il existe aussi un important réseau psychologues orientaux professionnels. Des essais de psychologues-scolaires ont échoué à Paris (1950) mais se sont poursuivis à Grenoble et à Lyon.

En France, du point de vue juridique, la situation de la méthode des tests est assise. La décision ministérielle de 1904 a été prise avant la création du premier test par BINET, de sorte que le test s'est trouvé officiellement reconnu dès sa naissance.

Avec l'examen psychologique toujours obligatoire pour l'entrée en classe de perfectionnement, il faut mentionner la Loi CORDONNIER, qui accorde ou refuse un subside aux infirmes mentaux suivant leur quotient intellectuel. D'autre part, les institutions spécialisées pour enfants, officielles ou privées, définissent souvent des normes précises de Q. I. pour l'admission. Cette utilisation suscite des critiques ; on s'inquiète de voir prendre une décision importante concernant un enfant à l'aide d'un quotient intellectuel trop rapidement obtenu dans une consultation surchargée.

Après avoir survolé l'évolution de la psychométrie, nous parlerons rapidement des tests de développement à partir des tests de BINET - SIMON.

Le BINET - SIMON (1911) fut longtemps le test le plus utilisé en France. Jusqu'en 1950, beaucoup l'employaient sans rectification. Aujourd'hui encore, certains ne veulent pas entrer dans le détail des rectifications et des révisions, continuent à employer cette version originale, de même **ceux qui pensent s'en tenir à l'essentiel pour obtenir un « ordre d'idées » en ce qui concerne une déficience.**

Mais, de plus en plus, cette forme (1911) est utilisée à l'aide d'une rectification ou abandonnée pour la forme 1949. La nouvelle version 1949 n'a pas conquis tous les utilisateurs, déçus de ne pouvoir calculer valablement un âge mental supérieur à 10 ans. Ils sont retournés à leur outil favori.

Il faut noter ensuite les adaptations américaines du BINET - SIMON :

— Le TERMAN 1916 (révision STANFORD),

— le TERMAN - MERRIL ou STANFORD - BINET (1937),

— le STANFORD - BINET (1960).

Après avoir énuméré très brièvement ces « tests de développement », disons un mot sur « l'âge mental », notion née dès l'apparition des premiers tests.

Ce concept est souvent critiqué et certains constructeurs de tests pour enfants ne l'utilisent plus.

Certains auteurs considèrent l'âge mental comme notion superficielle parce qu'il ne vous apprend rien sur le fonctionnement de l'intelligence.

Ces objections sont apparues dès la naissance des tests ; on leur a reproché d'établir des mesures sans analyser l'intelligence.

L'âge mental est un nombre d'épreuves réussies. Avoir 7 ans d'âge mental signifie réussir le même nombre d'épreuves qu'une certaine proportion de sujets de 7 ans. Beaucoup d'auteurs ont aussi reproché à la notion d'âge mental de confondre l'intelligence et la mentalité des normaux et des déficients : un même âge mental de 8 ans, par exemple, peut être obtenu par un enfant normal de 8 ans et par un enfant débile de 18 ans. Prise dans un sens absolu, la notion d'âge mental donne à penser que les deux enfants ont la même intelligence, la même mentalité.

L'âge mental a reçu son coup le plus rude avec la parution en 1949 du W.I.S.C., test de WESCHSLER pour enfant, qui n'est pas un test de développement. Il ne mesure pas l'intelligence de l'enfant en termes de développement.

WESCHLER remarque qu'on considère à tort l'âge mental comme absolu. Le sens des retards et des avances en âge mental change suivant les âges.

Le **quotient intellectuel** proposé par STERN en 1912 est le rapport $\frac{\text{âge mental}}{\text{âge réel}}$. On a pris l'habitude de multiplier ce rapport par 100. Le Q. I. 100 est par définition celui de l'enfant normal moyen, dont l'âge mental égale l'âge chronologique (ou légal).

Suivant les distributions des âges mentaux, un même quotient intellectuel peut avoir des sens différents suivant les âges ; inversement, le même degré d'éloignement de la moyenne et le même rang de classement peuvent se traduire par des quotients intellectuels différents suivant les tranches d'âges.

Depuis HEINIS (1925), on considère que les mêmes degrés d'intelligence sont définis par les mêmes rangs de classement dans les diverses tranches d'âges données.

On voit donc que le rapport proposé par STERN est acceptable si, d'une part, l'âge mental moyen correspond avec l'âge légal moyen pour les sujets de toutes les tranches d'âges et si, d'autre part, les distributions d'âges mentaux sont comparables admettant la même dispersion.

Dans la pratique, il est difficile d'obtenir des distributions identiques d'âges mentaux et, par la suite, des variations de Q. I. peuvent cacher une stabilité intellectuelle et inversement. Par exemple, un enfant peut revenir d'un séjour en institution spécialisée avec un quotient intellectuel abaissé, alors que sa déficience n'a pas évolué.

Ce défaut est surtout le fait du BINET - SIMON, dont les distributions en âges mentaux sont peu rigoureuses. Il est atténué dans le TERMAN et supprimé dans le W.I.S.C., comme nous le verrons dans la suite de notre travail.

III. — PROTOCOLE D'ETUDE

A. — PRESENTATION DE MATERIEL

PRESENTATION DE L'I. M. P.

L'établissement dépend administrativement de la clinique psychothérapique départementale. Sur le plan du fonctionnement, il est rattaché au service de Neuropsychiatrie infantile, depuis la création de celui-ci.

Effectifs :

L'équipe thérapeutique est encore réduite au strict minimum puisqu'elle comprend comme personnel plein temps, seulement deux éducateurs spécialisés, deux moniteurs éducateurs non qualifiés, une infirmière des hôpitaux psychiatriques.

Sur le plan pédagogique, trois instituteurs titulaires du Certificat d'Aptitude à l'Enseignement des Inadaptés, dont un assure les fonctions de Directeur Pédagogique.

Emploi du temps :

L'I. M. P. est fermé pendant les vacances scolaires.

Durant l'année scolaire, les enfants sont pris en charge par les instituteurs le matin de 9 à 12 h et l'après-midi de 14 à 17 heures, sauf les jeudi, dimanche et samedi après-midi.

Depuis peu de temps, la création d'un poste supplémentaire d'éducateur a permis la prise en charge de quelques enfants l'après-midi.

Recrutement :

Les effectifs de personnel, l'emploi du temps prouvent la part très importante laissée à la pédagogie, qui prime de beaucoup sur la thérapeutique.

En ce qui concerne le recrutement, il en est de même, et c'est presque uniquement sur des critères pédagogiques qu'il a été opéré.

Le processus du dépistage au niveau du département en témoigne :

— Les instituteurs signalent au service de l'Education Nationale les enfants qui ne « suivent pas », les « queues de classe » qui leur posent des problèmes ;

— En l'absence de psychologues, des maîtres spécialisés pratiquent une échelle d'intelligence (le plus souvent la N.E.M.I.), qui ne peut donc qu'être le reflet d'un échec scolaire.

— En fonction du Q. I., le sort de l'enfant est donc décidé :

- Si le Q. I. **égale** ou **est supérieur à 80,** l'enfant reste en classe normale ;
- S'il est **compris entre 65 et 80,** l'orientation se fait vers la classe de perfectionnement ;
- S'il est **inférieur à 65,** on propose la rentrée à l'I.M.P.

Cette situation nous paraît donc conflictuelle et ce pour plusieurs raisons :

1° Les tests utilisés ne sont pas, à notre sens, satisfaisants car, nous l'avons déjà souligné, ils ne peuvent que confirmer le retard scolaire. De plus, ils sont utilisés seuls, en l'absence d'exa-

mens complémentaires, ce qui ne peut que donner une vision partielle du problème ;

2° Le processus d'admission est bien trop rigide puisque, à deux points de Q. I. près, un enfant peut être dirigé vers deux voies totalement différentes ;

3° Le sort de l'enfant est décidé pratiquement sans l'avis des personnes concernées au premier chef : à savoir, les parents qui, placés devant le fait accompli, ne peuvent souvent qu'accepter la situation.

Nous avons donc un effectif de 46 enfants, répartis en trois classes. Ils ont été recrutés officiellement sur les trois critères suivants :

— Age : de 7 à 14 ans.

— Q. I. : 50-70. Caractériels légers et épileptiques.

— Contre-indications : Troubles caractériels et psychomoteurs graves.

Nous pensons donc que, dans notre matériel d'étude, le Q. I. a pris une importance démesurée. Nous allons tenter de montrer les insuffisances de cette pratique.

B. — METHODOLOGIE

1° Examen psychologique

Le psychologue a pratiqué son examen psychologique complet sur chacun des enfants.

Cet examen débutait par un entretien, le plus souvent assez long, destiné d'une part à obtenir pour les tests la meilleure coopération possible, d'autre part à rassembler le maximum d'informations supplémentaires, en restant attentif à toutes les manifestations psychologiques révélatrices (lapsus - barrages, etc.) et en examinant le comportement.

Pour certains enfants, notamment les plus jeunes, des techniques de jeu ont été employées.

Le psychologue a aussi utilisé le dessin (dessin libre, famille inventée, famille réelle)... Après avoir levé les inhibitions et pris conscience de la pleine coopération de l'enfant, il a pratiqué les tests proprement dits.

Pour des raisons pratiques, liées à la vie de l'établissement et pour des raisons de fatigabilité et de disponibilité des enfants, les examens ont souvent été effectués en deux temps, la deuxième partie de l'examen restant souvent consacrée aux tests projectifs.

Il a donc été utilisé systématiquement :

a) **Une échelle mixte de mesure de l'intelligence** (W.I.S.C.) qui donne des renseignements sur le niveau verbal, le niveau non verbal, la coordination oculo-motrice, l'attention, la concentration, ainsi que sur le raisonnement, le comportement et la mémoire.

Ce test donne un résultat chiffré mais permet aussi d'analyser les résultats aux différents tests, et notamment leur dispersion ; les distorsions entre les deux séries d'épreuves sont importantes à considérer.

L'attitude devant l'épreuve, les réponses particulières, les réactions face aux différents items sont autant d'éléments dont l'intérêt ne peut pas échapper.

b) **Un test destiné à étudier l'organisation de l'espace,** le test de copie d'une figure complexe de A. REY.

Ce test apprécie le niveau de structuration de l'activité perceptive, le contrôle visuo-moteur et l'attention.

Il donne aussi des renseignements sur la mémoire immédiate visuelle sans effort de mensuration et donne une idée sur la rapidité du fonctionnement mental. Il permet d'étudier l'organisation du psychisme dans son ensemble.

c) **Un test permettant l'examen de latéralité** — test de HARRIS.

Plusieurs épreuves permettent de mettre en évidence trois dominances : manuelle, oculaire et du pied.

d) **Un test mesurant le niveau de lecture :** test de l'Alouette.

Il permet de faire l'analyse et le diagnostic de la lecture et de la dyslexie.

e) **Les tests projectifs :**

— le C. A. T.,

— le Rorschach.

2° Examen psychiatrique :

Chaque enfant a été examiné par un psychiatre :

— sur le plan organique :

- examen somatique général,
- examen neurologique ;

— sur le plan psychique : L'entretien déterminera s'il n'existe pas de « troubles acquis de l'intelligence » : inaptitude à l'effort intellectuel, symptomatologie névrotique. Il nous permettra ensuite d'explorer l'affectivité avec ses manifestations cliniques, les réactions affectives de l'enfant, les anomalies évolutives de cette affectivité, en vue de mettre en évidence « les fausses arriérations intellectuelles » de genèse affective :

- leurs variétés : inhibition, révolte, reploiement ;
- leurs réactions : fugues scolaires.

Cet entretien nous permettra éventuellement de déterminer les « types constitutionnels » : l'enfant émotif, obsédé, cyclothymique, instable, pervers.

3° Une **enquête sociale** a été demandée. Il nous a paru en effet très intéressant d'avoir des renseignements sur la sphère familiale et sur le niveau de vie de chacun des enfants.

4° Puis des **renseignements d'ordre pédagogique** nous ont été fournis par les instituteurs. En plus des résultats proprement scolaires, nous nous sommes intéressés au comportement de l'enfant, et nous avons ajouté aux renseignements fournis par les enseignants des rapports effectués par les éducateurs.

C. — RESULTATS

Nous allons dans un premier temps donner sous forme de tableau les résultats quantitatifs obtenus au W.I.S.C.

		Q. I.	Ech. v.	Ech. p.
A.	A.	68	68	75
A.	D.	84	80	91
A.	G.	68	64	79
A.	Y.	55	59	60
B.	H.	83	79	90
B.	J.	83	73	98
B.	M.	75	69	86
B.	J.	58	66	57
B.	M.	81	71	95
B.	J.	96	85	107
C.	P.	81	78	88
C.	S.	69	74	69
C.	J.	45	52	45
D.	C.	78	80	79
D.	M.	86	89	86
D.	R.	67	69	71
D.	R.	77	73	86
D.	F.	88	82	96
D.	N.	55	56	62
D.	R.	48	60	43
F.	R.	75	75	69
F.	J.	58	61	62
F.	G.	78	79	80
F.	M.	75	69	86
G.	J.	77	70	83
G.	Y.	68	73	69
G.	P.	67	57	83
G.	Y.	69	73	71
G.	M.	84	83	88
I.	L.	64	53	81
L.	J.	45	45	45
L.	J.	53	66	48
L.	J.	83	73	98
L.	G.	77	82	76
M.	A.	80	76	88
M.	A.	85	70	103
M.	R.	84	94	78
M.	J.	98	89	113
R.	A.	78	82	77
R.	F.	83	78	92
T.	P.	78	79	81
T.	A.	92	79	107
T.	A.	64	68	67
T.	G.	67	71	69
V.	D.	80	84	79

Nous avons voulu quantifier la dispersion des notes aux sub-tests au W.I.S.C. chez un même sujet et pour ce faire nous avons utilisé un procédé statistique dans le détail duquel nous ne rentrerons pas.

Nous avons procédé au calcul de la variance pour chaque sujet et nous avons aussi séparé les individus en deux groupes différents :

1° Ceux qui ont une forte dispersion (indice de variance élevé).

2° Ceux pour qui les notes sont homogènes (indice de variance très faible).

Groupe à notes hétérogènes	VARIANCE
B... J.-L.	18,9
D... R.	14,04
T... A.	11,56
I... L.	10,89
M... J.-M.	10,05
M... A.	9,30
V... D.	9,10
B... M.	9
B... M.	8,62
T... Ph.	8,60
M... R.	8,40
B... J.-P.	7,90
G... P.	7,28
B... M.	7,10

Groupe à notes homogènes	VARIANCE
L... J.	6,05
L... J.-P.	6,01
A... Y.	5,80
A... D.	5,80
G... J.-P.	5,70
C... P.	5,70
G... Y.	5,38
L... G.	5,30
G... M.	5,15
D... R.	4,65
D... F.	4,60
G... Y.	4,40
T... A.	3,95
F... M.	3,90
R... F.	3,80
F... J.-C.	3,80
B... J.-B.	3,70
D... N.	3,60
L... J.	3,30
A... G.	3,30
F... G.	3,20
R... A.	2,90
D... S.	2,70
F... R.	2,70
M... A.	2,70
C... J.	2,60
D... C.	2,50
A... A.	2,20
D... M.	2,20
T... G.	2,01

Désormais, nous allons utiliser exclusivement le premier groupe comme matériel d'étude.

Nous allons rappeler pour les quatorze sujets, sous forme de tableaux :

1° Le quotient intellectuel global,

2° Le quotient obtenu aux deux échelles,

3° La variance.

	Q. I.	Ech. Verbale	Ech. perform.	Variance
B... J.-L.	83	73	98	18,94
D... R.	77	73	86	14,04
T... A.	92	79	107	11,56
I... L.	64	53	81	10,89
M... J.-M.	98	89	113	10,05
M... A.	85	70	103	9,03
V... D.	80	84	79	9,1
B... M.	75	69	86	9
B... M.	81	71	95	8,62
T... Ph.	78	79	81	8,6
M... R.	84	94	78	8,4
B... J.-P.	96	85	107	7,9
G... P.	67	57	83	7,70
B... H.	83	79	90	7,1

Ensuite, nous présenterons les observations que nous avons faites.

Après un bref résumé des enquêtes sociales, nous noterons quelques observations d'ordre pédagogique. Nous donnerons ensuite un rapport psychiatrique ainsi qu'une analyse de l'examen psychologique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

B... Jean-Louis, né le 12-2-1957.

1° Enquête sociale :

— Le père est en congé de longue maladie (traité en milieu psychiatrique pour éthylisme).

— La mère : reste au foyer et doit prendre seule toutes les initiatives.

— 4° d'une fratrie de sept enfants, dont un décédé à l'âge d'un mois (toxicose).

2° Observation pédagogique :

— Sur le plan scolaire :

A l'entrée : Connaissances pratiquement nulles.

Actuellement : Niveau C. E. 2.

Lecture hésitante. Compréhension moyenne.

Ecriture en progrès.

Calcul : Quelques acquisitions (mécanisme opérationnels, mais ne réussit pas les problèmes).

Français : rédige par moments des textes assez longs mais avec peu de logique.

Discipline d'éveil : aucun intérêt.

— Sur le plan du comportement :

Amélioration sensible : la meilleure intégration au groupe suit une longue période « d'isolement » et de « non participation ».

3° Observation psychiatrique :

Syndrome névrotique attesté par :

— Des difficultés relationnelles avec les enfants et les adultes, contact difficile.

— Un potentiel agressif assez net se traduisant surtout au niveau de la verbalisation.

— Un blocage affectif.

— Des manifestations anxieuses.

Sur le plan de l'étiologie, il faut noter surtout des difficultés relationnelles avec une mère omnipotente, hyperanxieuse, et surtout « over-protectrice ».

Il semble exister actuellement une évolution favorable qui paraît liée surtout à une normalisation des relations avec la mère.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C.

Commentaires

Ecart important verbal-performance.

Les scores les plus faibles concernent les acquisitions (information, arithmétique, vocabulaire).

Par contre, scores plus élevés aux similitudes et compréhension (plus saturés en facteur « g »).

Remarque : L'épreuve des cubes est moins bien réussie.

B. — Figure de REY :

— Copie : le classe dans le centile 30.

— Pas de dyspraxie de construction graphique, tout au plus difficultés d'analyse rapide des structures spatiales.

— Mémoire : léger déficit mnésique et lenteur à s'orienter dans le complexe visuo-spatial.

C. — Test de latéralité de HARRIS :

Il n'y a pas de confusion directionnelle, la prédominance globale homogène est droite.

D. — Test de l'Alouette :

Très important déficit de lecture (niveau voisin du C. E. 1).

E. — Tests projectifs :

Les problèmes principaux concernent les images parentales (dévalorisation du père et attachement à la mère, avec conscience d'une hyperprotection).

Grosses difficultés d'approche de l'être humain et conscience de sa propre infériorité.

Potentiel agressif important, affectivité de type égocentrique avec absence de contrôle pulsionnel. Préoccupations hypocondriaques.

OBSERVATION N° 2

D... Roland, né le 18-6-1958.

1° Enquête sociale :

— Le père a un caractère cyclothymique, tantôt boudeur, mutique, tantôt irritable. Colères sans motif valable. Les relations père-enfant sont difficiles.

— La mère : « Assez maternelle », s'occupe des enfants.

— 6e d'une fratrie de dix enfants.

2° Observation pédagogique :

— Sur le plan scolaire :

Enormes progrès depuis l'entrée.

Lecture : acquise malgré quelques hésitations.

Ecriture : incapable d'écrire, même phonétiquement, l'an dernier, arrive à écrire quelques lignes sans fautes.

Calcul : progrès appréciables, mécanismes opérationnels acquis. Problèmes compris et souvent résolus.

— Sur le plan du comportement :

En classe : très sensible aux échecs. A besoin d'être valorisé et encouragé. On note parfois quelques réactions violentes.

Dans le groupe : se signale souvent par des colères.

3° Observation psychiatrique :

Enfant paraissant bien adapté à l'I. M. P., où il est depuis quatre ans.

Présente un énorme retard scolaire, qu'il rattrape actuellement, surtout depuis le début de cette année.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q.I. = 77 — V. : 73 - P. : 86.

Commentaires

Ecart important entre les deux séries d'épreuves et importante dispersion au sein de chacune d'elles.

S'il existe un certain bon sens, des capacités de raisonnement et de logique de la pensée, les acquisitions, notamment le stock verbal et l'arithmétique, sont faibles.

Il faut noter une très bonne adaptation psycho-motrice.

B. — Figure de REY :

Copie : Quelques erreurs, mais le trait est ferme, la construction bien assurée. Il n'y a pas de gros troubles de structuration spatiale.

Mémoire : Le processus reste bon, mais on constate le déficit de la mémoire visuelle immédiate.

C. — Test de HARRIS :

Il n'y a pas de confusion directionnelle. La dominance de la main est droite, non homogène, celle de l'œil et du pied est également droite.

D. — Test de l'Alouette :

La lecture est lente, il suit avec le doigt. Le niveau correspond à la fin du C. P. Les fautes se situent dans le plan des mots. On ne note pas de graves confusions.

E. — Tests projectifs :

Des éléments de problèmes relationnels apparaissent au niveau du dessin de famille. Les problèmes dominants concernent la rivalité fraternelle alimentée par un potentiel agressif important. Les images parentales sont conflictuelles : on note un choc face à l'image paternelle et tout au long des tests une ambiguïté des relations avec le frère ainsi que la recherche de la mère.

OSERVATION N° 3

T... Ali, né le 16-5-1959.

1° Enquête sociale :

— Famille installée en France depuis 1957.

— Père : nationalité algérienne (notion de bilinguisme).

— Fratrie : 3e d'une fratrie de 13 enfants.

2° Observation pédagogique :

— Sur le plan scolaire :

Résultats satisfaisants.

Lecture courante et expressive.

Orthographe, calcul : satisfaisants.

— Sur le plan du comportement :

Enfant souvent inhibé avec l'adulte, assez bien intégré dans le groupe.

Néanmoins, n'admet pas les réprimandes.

3° Observation psychiatrique :

— Personnalité névrotique — enfant paraissant inhibé dès le premier abord.

— Note anxieuse associée : problèmes relationnels avec le père.

— Suspicion de phénomènes de conversion concernant l'audition.

4° Examen psychologique :

Un temps assez long est nécessaire pour obtenir la coopération de l'enfant et pour lever son importante inhibition.

A. — W.I.S.C. - Q.I. = 92 — V. : 79 - P. : 107.

Commentaires

Le niveau est donc subnormal, avec des épreuves de performance au-dessus de la moyenne. Les disgressions mettent en évidence des carences d'acquisition, notamment au niveau verbal, alors qu'au niveau scolaire on note des réussites. Les situations sociales sont bien perçues et des qualités de rapidité dans l'exécution des tâches ayant un rapport avec des objectifs concrets, sont réelles. La pensée dans son ensemble est logique.

B. — Figure de REY :

Elle est très bien structurée. L'absence de problèmes perceptifs est évidente. Par contre, on peut se rendre compte d'un déficit certain de la mémoire.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est acquise et la dominance globale est droite.

D. — Test de l'Alouette :

La lecture est bonne. La promenade oculaire est rapide et ne note pas de fautes particulières.

E. — Tests projectifs :

Un double problème linguistique et d'inhibition n'a pas permis de projection avec un matériel thématique alors qu'au RORSCHACH de nombreuses réponses sont données. Le monde est vécu dans une attitude de recherche appliquée et méthodique, une sorte de prudence et de circonspection anxieuse entraînent la fuite de la situation difficile sans la refuser. La fonction logique est utilisée à son maximum. Cela dénote un manque de spontanéité et est également le témoin de l'inhibition. Le niveau d'identification avec l'être humain est bon.

Les difficultés du monde intérieur, imaginaire, prennent souvent le pas sur la réalité extérieure.

Les mécanismes de défense peu efficaces, mis en jeu à la planche dite paternelle, sont le témoin d'un important problème à ce niveau.

OBSERVATION N° 4

I... Louis, né le 25-4-1959.

1° Enquête sociale :

— Père : ouvrier agricole, apathique.

— Mère : sans profession.

— 4e enfant d'une fratrie de 6 enfants.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, résultats faibles

— Lecture hésitante. :

— Calcul : mécanismes opérationnels à peine acquis (fait quelques petits problèmes).

Résultats assez satisfaisants depuis la rentrée, mais retard important : C. P. à 11 ans.

Sur le plan du comportement :

— Attitudes d'opposition : refuse parfois subitement de travailler.

— Lenteur d'exécution.

3° Observation psychiatrique :

Enfant présentant une comitialité type « petit mal » équilibrée actuellement par une thérapeutique adaptée d'où il découle une inhibition psycho-motrice avec lenteur d'idéation et d'exécution.

D'autre part, troubles psycho-moteurs (incoordination des mouvements).

Troubles caractériels à minima.

4° Examen psychologique :

L'impression dominante durant le début de l'examen est l'extrême lenteur et une inhibition très importante qui se continue un peu au-dessus des tests. On note un temps de latence très important après les questions.

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 64 — V. : 53 - P. : 81.

Commentaires

C'est un très important écart entre les deux séries d'épreuves qui domine. La note à l'échelle verbale semble être de plus minorée, de par l'inhibition qu'il n'est pas possible de lever totalement, certaines situations étant même angoissantes. (On a noté pendant l'examen une sudation importante des mains.)

Il existe peu d'acquisitions, surtout dans le domaine verbal, alors qu'il existe une certaine capacité de raisonnement.

Au niveau des épreuves de performance : capacités d'analyse et de synthèses rapides.

B. — Figure de REY :

Copie : pas de troubles perceptifs importants.

Mémoire : épreuve moins bien réussie.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est hésitante. On note une latéralité homogène droite pour l'œil, la main et le pied.

D. — Test de l'Alouette :

Lecture lente, hâchée et syllabique.

E. — Tests projectifs :

Un potentiel agressif assez important permet à l'enfant de supporter assez mal la rivalité fraternelle. L'agression par le père revêt un caractère assez intense. Des mécanismes de défense, de régression tentent de surmonter l'angoisse causée par les rapports parentaux.

L'appréhension du réel se fait abstraitement. Peu de place est laissée à la réalité ; on note d'autre part une nette tendance à l'opposition, dirigée vers l'extérieur.

L'affectivité est de type égocentrique. Il existe des préoccupations hypocondriaques.

OBSERVATION N° 5

M... Jean-Marc, né le 6-8-1958.

1° Enquête sociale :

— Mésentente entre les parents qui se séparent.

— Le père, faible et sans autorité, meurt en 1968 à la suite d'une longue maladie.

— Confié dès sa naissance à une nourrice très sévère (l'enferme dans des placards à titre punitif).

— Deuxième d'une fratrie de 2.

Très attaché à sa mère, semble accepter l'hypothèse d'un deuxième mariage de celle-ci.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— Beaucoup d'intérêt sur le plan verbal ; vocabulaire et connaissances assez riches.

— Enormes difficultés concernant la lecture. Ne s'exprime jamais par écrit, même par les dessins, domaine dans lequel il est pourtant doué.

— Progrès appréciables en calcul, beaucoup moins en orthographe, mais bonne volonté évidente.

Sur le plan du comportement :

— Aurait tendance à vouloir toujours être le premier et à vouloir commander. En classe, est parfois « énervé », néanmoins la discipline est assez bien acceptée.

3° Observation psychiatrique :

Enfant mal inséré à l'I. M. P., où l'on note des troubles relationnels, tant avec les enfants qu'avec les adultes.

Milieu familial très perturbé ; on note également une angoisse latente. Cet enfant présente en outre une énorme dyslexie qui semble en relation avec les troubles précités.

4° **Examen psychologique :**

A. — W.I.S.C. - Q. I = 98 — V. : 84 - P. : 113.

On voit que l'échelle de performance se situe à un niveau supérieur, alors que l'échelle verbale se situe à un niveau limite. Le deuxième type d'épreuves a d'ailleurs été effectué avec un réel plaisir. Une assez importante dispersion au sein des épreuves verbales révèle des carences d'acquisition, surtout sensibles au niveau de l'arithmétique.

B. — Figure de REY :

Copie : Processus assez bas. Nombreuses omissions et déplacements. Troubles de la structuration spatiale évidente.

Mémoire : Le processus s'améliore légèrement mais des omissions importantes sont le témoin d'un léger déficit mnésique

C. — Test de HARRIS :

Pas de confusion directionnelle, la dominance globale et homogène est droite.

D. — Test d'analyse de la lecture :

On s'aperçoit d'un retard très important. Il existe des troubles du rythme. On note parmi les principales fautes des élisions, des substitutions de lettres, des confusions de phonèmes, le tout évoquant la dyslexie.

E. — Tests projectifs :

Les dessins mettent en évidence une importante domination de la mère et le rôle paternel dévolu au frère aîné.

Les problèmes relationnels avec la mère sont en effet au premier plan, avec un aspect d'ambiguïté.

Les rapports parentaux sont également source d'inquiétude. Enfin, on note une importante angoisse face à l'existence, qui devient très vite culpabilisante.

Les problèmes quotidiens sont souvent supplantés par la réflexion sur des données abstraites.

Face à cette réalité, la fonction logique, lorsqu'elle est utilisée, l'est de manière très riche.

L'affectivité reste immature et ne permet pas d'assurer chocs et conflits. Une agressivité importante est refoulée grâce à un important sur-moi.

Enfin, des problèmes d'identification avec l'être humain apparaissent.

On note enfin un important problème au niveau de la sexualité avec notions de culpabilité.

OBSERVATION N° 6

M... Antoine, né le 30-5-1958. . .

1° Enquête sociale :

Milieu social dissocié : parents divorcés en 1964.

— Mère : Femme de service dans milieu hospitalier ; laborieuse, s'intéresse beaucoup à ses enfants. Ayant des heures de travail très irrégulières, n'est pas toujours à son domicile quand les élèves ne sont plus en classe.

— Fratrie : 3° enfant d'une fratrie de quatre.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— En progrès par rapport à l'année scolaire précédente ; niveau C. E. 2.

— Bons résultats en calcul et lecture.

Sur le plan du comportement :

— Enfant dévoué, obéissant, mais brutal avec ses camarades.

3° Observation psychiatrique :

Enfant présentant des troubles caractériels à minima, gênant cependant l'apprentissage scolaire. Dans l'étiologie de ces troubles, on peut avancer deux hypothèses qui ne sont pas contradictoires.

a) la première organiniciste de séquelles d'un traumatisme crânien ancien qui, en tout état de cause, se traduit également par une comitialité bien contrôlée par la thérapeutique ;

b) l'hypothèse psychogénétique de pathologie relationnelle au niveau parental : père absent du milieu familial, séparé de la mère depuis déjà de nombreuses années. L'enfant paraît vivre très mal cette absence. On note d'ailleurs une excellente verbalisation de cette carence.

4° Examen psychologique :

Durant l'examen, l'enfant est réservé, inhibé. Ne s'extériorise jamais totalement.

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 85 — V. : 70 - P. : 103.

Commentaires

Important écart verbal-performance. L'échelle de performance se situe à un niveau normal. Les épreuves de raisonnement, de logique de la pensée, de capacité d'analyse et de synthèse obtiennent des scores significativement supérieurs à celles mesurant les acquisitions.

B. — Figure de REY :

Copie : Pas de troubles perceptifs. Bonne intégration perceptivo-motrice.

Mémoire : Epreuve moins bien réussie.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est normale. La dominance générale est droite.

D. — Test de l'Alouette :

Lecture acquise, la promenade oculaire est rapide.

E. — Tests projectifs :

On relève la dépendance orale et la recherche des relations privilégiées avec la mère. Il existe aussi une lutte contre le père, ainsi que des éléments de rivalité fraternelle.

L'attitude perceptive est globale : peu d'évocation des problèmes pratiques. La fonction logique et le raisonnement sont utilisés au maximum et avec qualité.

Sur le plan affectif : inhibition. Recherche d'affection maternelle importante.

OBSERVATION N° 7

V... Denis, né le 3-8-1960.

1° Enquête sociale :

— Père : ouvrier forestier.

— Mère : s'occupe bien de ses enfants.

— Fratrie : 2e d'une fratrie de trois enfants, dont un de 7 ans.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, syllabant avec beaucoup d'hésitation.

— Actuellement, lecture et écriture en progrès.

— Calcul : a acquis les mécanismes opérationnels, fait des problèmes simples.

— Niveau C. E. 1.

Sur le plan du comportement :

— S'est adapté difficilement à la vie d'interne.

3° Observation psychiatrique :

Cet enfant présente une inhibition psycho-motrice importante avec difficultés d'extériorisation très mal vécues sur le plan personnel et sur le plan du groupe. Dans les antécédents, on note la présence d'une mère « protectrice » et d'un père « démissionnaire ».

Actuellement, bonne évolution liée à une meilleure intégration dans le groupe.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 80 — V. : 84 - P. : 79.

Le score plus élevé aux épreuves verbales est dû éventuellement aux deux séries d'épreuves qui mesurent davantage les possibilités intellectuelles réelles, à savoir : compréhension et similitudes. On est frappé par la note très faible en arithmétique, alors que les acquisitions concernant les informations pratiques et le stock verbal sont possibles.

B. — Figure de REY :

Copie : Pas de troubles de structuration spatiale.

Mémoire : Résultats plus mauvais, ce qui évoque le déficit de mémoire visuelle immédiate.

C. — Test de latéralité :

La connaissance de la droite et de la gauche est hésitante. Par contre, dominance manuelle, oculaire et du pied à droite.

D. — Test de l'Alouette :

Le débit est assez lent. On note des hésitations, peu de mots sont lus.

Niveau C. P.

Il n'existe pas de fautes évoquant une dyslexie.

E. — Tests projectifs :

Les éléments dominants sont la présence et l'autorité paternelle (phantasmée), l'attitude ambigue face à la mère qui est à la fois objet de recherche, dominante et punitive.

Les perceptions sont globales, avec peu d'intérêt pour les situations pratiques. On note de plus des possibilités d'opposition dirigées vers l'extérieur. Des mécanismes de défense sont mis en jeu pour lutter contre une affectivité égocentrique et un potentiel agressif très important.

Les besoins affectifs sont exprimés sans frein. Les contacts humains restent souvent difficiles.

Les images parentales sont vécues sur le mode de la recherche d'affection, souvent d'ailleurs à un niveau archaïque.

OBSERVATION N° 8

B... Michel, né le 3-5-1958.

1° Enquête sociale :

— Famille d'Espagnols, assez stable, très courageuse. Sait s'organiser pour surmonter les difficultés matérielles. L'enfant a parfaitement sa place dans la famille ; chez lui, parle espagnol avec ses parents.

— 2e d'une fratrie de 2 enfants.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— Le niveau global se situe en C. E. 2. Les progrès sont bons en lecture ; le calcul reste assez faible, l'écriture est mauvaise, irrégulière. L'enfant n'est pas « sûr de lui ».

Sur le plan du comportement :

— Très ouvert et vif. L'internat reste mal toléré, mais reste la seule solution.

3° Observation psychiatrique :

Enfant très ouvert, contact très aisé ; aborde sans aucune réticence ses problèmes d'insération à l'I. M. P. compliqués par l'internat.

Ne pose pas de problèmes dans le groupe, où il semble bien intégré.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 75 — V. : 69 - P. : 86.

On peut constater :

1° Un important écart verbal-performance.

2° L'écart entre les notes concernant les épreuves ayant un rapport avec la scolarité et les épreuves de raisonnement et de logique de la pensée.

3° L'écart entre les épreuves mesurant les aptitudes fondamentales de perception et de conception ainsi que d'analyse et de syntaxe et les situations humaines et pratiques.

B. — Figure de REY :

La construction est mal assurée. On constate le retournement du modèle. Il existe des omissions, mais on ne peut pas

parler de troubles spécifiques de la perception, les erreurs semblent plutôt liées au niveau.

Mémoire : on note une amélioration du processus mais également des omissions, ce qui va dans le sens d'un déficit mnésique.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est bonne. Prédominance globale côté droit.

D. — Test de l'Alouette :

Niveau C. E. 1.

Pas de fautes spécifiques.

E. — Tests projectifs :

Des problèmes relationnels apparaissent, ainsi que la domination par la mère.

Présence de rationalisation. Bon niveau d'identification.

OBSERVATION N° 9

B... Michel, né le 11-10-1957.

1° Enquête sociale :

— Père : brigadier de police.

— Mère : sans profession.

— Fratrie : 2e d'une fratrie de cinq enfants.

Conditions de vie normales. Enfant bien entouré au point de vue affectif.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, retard scolaire. Niveau C. E. 2

— Actuellement, niveau C. M. 1 après une première année à l'I. M. P.

— En progrès : calcul, français. Acquisitions satisfaisantes sur le plan vocabulaire.

Sur le plan du comportement :

— Dans le groupe, passe inaperçu. Bien intégré, sociable.

3° Observation psychiatrique :

Enfant présentant quelques légers troubles caractériels en liaison avec une mauvaise tolérance de l'internat, elle-même liée à une impression de rejet du milieu familial. Bien caché, cet enfant pose relativement peu de problèmes et on peut simplement parler à son sujet de troubles affectifs latents à confirmer ou à infirmer par des tests projectifs de personnalité.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 81 — V. : 71 - P. : 95.

Dans les épreuves verbales, les échecs les plus importants concernent ce qui est en rapport avec les acquisitions (arithmétique, vocabulaire, information).

Un écart important concerne les épreuves de performance

Les formes sont bien identifiées et ce rapidement.

B. — Figure de REY :

Pas de troubles perceptifs importants. Par contre, on note un certain retard dans la conception.

C. — Test de latéralité :

Il n'y a pas de confusion directionnelle. La prédominance de la main et du pied est droite. Par contre, la dominance oculaire est mixte.

D. — Test de l'Alouette :

Le niveau de la lecture correspond au C. E. 1 (7 ans 7 m).

E. — Tests projectifs :

On note l'existence d'une rivalité avec le père, ainsi qu'une relation ambiguë avec la mère : autoritaire, dispensatrice de biens et d'affection. Enfin, les défenses du type formation réactionnelle permettent à l'enfant de lutter contre l'angoisse d'être exclu de la famille

La perception est un peu trop globale, les contenus sont en général dépressifs. La quantité de raisonnement face à la réalité est bonne. Par contre, la qualité est déficiente.

Le potentiel agressif est important mais il est bien contrôlé.

OBSERVATION N° 10

T... Philippe, né le 19-4-1959.

1° Enquête sociale :

— Milieu familial perturbé.

— Père ouvrier.

— Mère à la maison.

— Fratrie de huit enfants, dont un inadapté en internat bien qu'à 2 km de chez lui.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— Progrès irréguliers depuis son entrée. Niveau actuel C. E. 2, avec de très bonnes acquisitions en lecture et orthographe. Quelques déficiences en calcul, du niveau de la compréhension notamment.

Sur le plan du comportement :

— A présenté l'année dernière des troubles du comportement assez sérieux (fugues, manifestations névropathiques).

— A donné au personnel l'impression qu'il régressait pour qu'on s'occupe de lui. Cette année, progresse sur le plan de l'intégration.

— On note encore une énurésie irrégulière.

3° Observation psychiatrique :

Enfant qui a présenté à plusieurs reprises des phénomènes pithiatiques de conversion somatique qui ont remarquablement cédé à la placebothérapie. Ces phénomènes n'ont jamais revêtu l'ampleur nécessaire pour parler de névrose hystérique de l'enfant. Ils ont tout de même permis de poser le problème de son insertion tant au Centre que dans le milieu familial, lui-même apparemment dominé par une mère omnipotente et très « protectrice ». Cet enfant a incontestablement bénéficié de son séjour au Centre et la nécessité d'un cadre sécurisant a été clairement démontrée.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 78 — V. : 79 - P. : 81.

L'apparente homogénéité entre les deux groupes d'épreuves masque des différences au sein de chacun d'eux. En effet, et notamment au niveau verbal, on voit que les scores les plus élevés sont obtenus aux deux épreuves les plus saturées en facteur « g », au détriment des épreuves d'acquisition. Par contre,

il faut noter la faible note au code, ce qui permet d'avancer l'hypothèse d'un déficit dans le domaine de la structuration spatiale.

B. — Figure de REY :

Copie : épreuve très perturbée. Une dyspraxie de construction graphique ainsi que des troubles de structuration spatiale sont mis en évidence.

Mémoire : omissions - déficit mnésique.

C. — Test de latéralité :

On note une confusion directionnelle. La dominance est quasi homogène et se situe à gauche pour la main, homogène gauche pour le pied et l'œil.

D. — Test de l'Alouette :

Le débit est rapide. On note quelques fautes se situant sur le plan des mots ainsi que quelques omissions mais non spécifiques. Le niveau correspond au C. E. 1.

E. — Tests projectifs :

De nombreux commentaires et la projection de contenus sécurisants permettent de dominer les situations, grâce à de bons mécanismes de défense.

La fonction logique est utilisée dans une bonne quantité et avec une très bonne qualité. Les besoins affectifs sont importants et sont exprimés sans frein. La soumission aux sentiments, l'émotivité et l'instabilité émotionnelle dominent. L'agressivité est refoulée. D'importants problèmes d'identification humaine existent mais les situations sont souvent génératrice de vitalité. L'adaptation à la vie sociale est facilitée par le sur-moi. Un problème avec la sexualité émerge. De plus, importante recherche à un niveau archaïque.

OBSERVATION N° 11

M... Roland, né le 4-8-1960.

1° Enquête sociale :

— Père : exploitant agricole.

— Mère : malade mentale ayant bénéficié de plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique.

— Fratrie : 3e d'une fratrie de trois enfants.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— Niveau C. E. 1 - Orthographe faible.
— Lecture : niveau C. E. 1 - Ecriture : satisfaisante.
— Calcul : bon, C. E. 1

Sur le plan du comportement :

— Bien intégré au groupe. Enfant très ouvert. Ne pose aucun problème d'insertion.

3° Observation psychiatrique :

Enfant ayant des problèmes relationnels sur le ton de la dépression. Reste inhibé. A besoin de stimulation.

Sujet de personnalité névrotique.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 84 — V. : 78 - P. : 94.

Commentaires

Il existe d'importants écarts à l'intérieur des subtests et ces écarts nous montrent que toutes les possibilités ne sont pas exploitées et que les épreuves du facteur « g » sont significativement mieux réussies.

B. — Figure de REY :

La construction est assez mal assurée. Des erreurs et des déformations vont dans le sens d'une perception encore mal élaborée. On note de plus un important déficit mnésique.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est normale. La dominance générale est droite et homogène.

D. — Test de l'Alouette :

L'attitude évoque une fatigabilité oculaire. Il faut noter aussi le défaut de langue, qui entraîne certaines confusions et certaines fautes si bien qu'on ne sait pas s'il s'agit d'erreurs de prononciation ou d'erreurs sur le plan de la lecture. Le niveau se situe au C. E. 1.

E. — Tests projectifs :

C'est essentiellement l'ambiguïté : au niveau des images parentales qui domine. La mère est le plus souvent l'objet de recherche et assure bien son rôle nourricier. Des situations œdipiennes sont souvent projetées. On note des agressions par le père qui entraînent l'apparition de mécanismes de défense.

La tendance à saisir les choses dans leur ensemble domine. L'effort est net pour mettre les éléments en rapport. La fonction logique est utilisée à titre de défense et les moyens sont quelque peu perdus dès que la situation devient conflictuelle.

En ce qui concerne l'affectivité, les modes d'expression sont annihilés. Ceci semble dû à des blocages. La fonction logique existe et constitue le seul critère de contact. Les conflits concernent essentiellement les relations humaines vécues sur un mode de lassitude, l'image paternelle et la sexualité, l'image maternelle est très bien assumée, la mère est vraisemblablement over-protectrice.

OBSERVATION N° 12

B... Jean-Paul, né le 4-3-1962.

1° Enquête sociale :

Admis dans le service d'Aide sociale à l'Enfance à la suite du retrait des droits de garde aux parents prononcé par le juge. Depuis, plusieurs placements dans des familles d'accueil, où il jouit d'un bon environnement affectif semble-t-il.

On note un léger retard du développement psycho-moteur dans la première enfance. Ensuite a présenté des troubles du comportement.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, aucune acquisition.

— Actuellement, lecture syllabique, peu d'acquisitions en calcul. Niveau C. P.

Sur le plan du comportement :

— Très perturbé, tant dans ses relations avec les autres enfants qu'avec les adultes.

— Refus de la scolarité ; ce qui domine aux dires de l'instituteur, c'est l'aspect dépressif (aspect immensément triste).

— Ne peut fixer son attention plus de quelques instants sur son travail ou sur une activité quelconque.

3° Observation psychiatrique :

Cet enfant, incontestablement mal intégré à l'I. M. P., présente des signes dépressifs assez sévères avec une nette tendance à l'isolement.

Dans l'étiologie de ces troubles, il faut surtout noter l'absence de milieu parental sécurisant, l'enfant ayant été éloigné de

son milieu familial par décision de justice. Il vit très mal cet éloignement et le succédané d'une gardienne, au demeurant très adaptée, ne peut être qu'un « pis aller ». Son intégration cependant se fait progressivement, au prix d'une hyperprotection, en principe contre-indiquée dans un groupe d'enfants.

4° **Examen psychologique :**

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 96 — V. : 86 - P. : 107.

Commentaires

Il y a une certaine homogénéité au sein de chaque groupe d'épreuves, alors qu'on note la supériorité des épreuves de performance, bien qu'à ce niveau l'épreuve de code soit bien moins réussie.

Les possibilités intellectuelles réelles pourraient laisser espérer des résultats meilleurs aux épreuves reflétant les acquisitions.

B. — Figure de REY :

On ne note pas de troubles perceptifs importants au niveau de l'épreuve de copie. Au niveau de l'épreuve de mémoire, on constate une régression, des tendances à l'élaboration irrationnelle et la faiblesse des capacités mnésiques.

C. — Test de latéralité :

Il n'y a pas de confusion directionnelle. Dominance manuelle droite et dominance de l'œil gauche.

D. — Test de l'Alouette :

Le retard est très important. Les voyelles sont déchiffrées, on note des fautes de la lecture des syllabes.

E. — Tests projectifs :

Le rôle ambigu de la mère, la recherche d'affection par les régressions, la rivalité fraternelle peuvent être mis en évidence au dessin de la famille (carences affectives de la petite enfance).

Ensuite, la crainte des agressions, l'inquiétude face à l'image paternelle (plus ou moins surmontée par des mécanismes de défense, de déplacement) et l'inquiétude face à la rivalité familiale apparaissent. Une importante tendance à l'opposition entraînent des difficultés d'adaptation au monde. L'angoisse est souvent dominée par des défenses (le plus souvent, isolement et rationalisation). On constate des rétractions et peu d'investissements qui sont difficilement extériorisables.

On constate la présence de chocs névrotiques face à la planche des relations humaines ». L'absence de réponses aux planches couleur va dans le sens d'une importante perturbation et d'une inhibition totale de l'affectivité.

En résumé, des rationalisations au maximum permettent parfois de surmonter l'anxiété mais une stupeur affective, un refoulement complet des affects, l'absence d'investissements, l'impossibilité d'identification humaine en fait un type de personnalité névrotique assez perturbé.

OBSERVATION N° 13

G... Pierre, né le 9-1-1960.

1° Enquête sociale :

— Milieu familial peu favorable.

— Père : ouvrier, instable.

— Mère : s'occupe normalement du foyer, tuberculeuse.

— Fratrie : 3e d'une fratrie de 8 enfants.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, niveau C. P. - Actuellement, niveau C.E. 1.

— Bons résultats : progrès en lecture, bons résultats en écriture.

— Calcul : a acquis mécanismes opérationnels.

Sur le plan du comportement :

— Bonne intégration au groupe ; ne pose aucun problème d'insertion.

— Enfant soigneux dans son travail.

3° Observation psychiatrique :

Enfant inhibé, réticent, avec une attitude dépressive. Se plaint de ses camarades, des activités qui lui sont proposées.

Blocage devant les difficultés mineures.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 67 — V. : 57 — P. : 83.

Commentaires

C'est l'écart entre les deux séries d'épreuves qui domine et la faiblesse des épreuves verbales. Ceci pouvant être mis pour une grande partie sur le compte de l'inhibition. Durant l'examen, on a pu noter la lenteur importante, le caractère définitif des échecs et le seuil de tolérance très bas ; le besoin d'encouragement et de stimulation est constant.

B. — Figure de REY :

Copie : On note de nombreuses déformations, de déplacements ; l'existence de légers troubles perceptifs est donc à évoquer.

Mémoire : refus de passation.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est hésitante. La dominance générale est droite (main, pied).

D. — Test de l'Alouette :

La lecture est lente et hachée, ainsi que le débit. Le niveau correspond au C. P.

E. — Tests projectifs :

L'inhibition perturbe ces tests. Le contenu est formel, stéréotypé, les rationalisations sont de qualité inférieure.

On note des blocages sur le plan affectif. La mobilité est réduite et la capacité d'adaptation aux situations est faible, ce qui doit poser certainement des problèmes sur le plan scolaire.

OBSERVATION N° 14

B... Hervé, né le 3-12-1959.

1° Enquête sociale :

Carence du milieu familial.

— Père : maçon.

— Mère : ménagère.

— Fratrie : aîné de trois enfants.

— Notion de bilinguisme.

2° Observation pédagogique :

Sur le plan scolaire :

— A l'entrée, niveau C. P. - Actuellement, évolution niveau C. E. 1.

— Lecture faible, syllabique. Ecriture passable.

— Calcul : mécanismes opérationnels acquis.

Sur le plan du comportement :

— A son entrée, coléreux, agressif, mauvaise intégration au groupe.

Actuellement, gros progrès au niveau de l'intégration au groupe, mais avec une certaine nonchalance, même un désintérêt (Episode d'encoprésie récent).

3° Observation psychiatrique :

Cet enfant présente une inhibition psycho-motrice importante avec difficultés d'extériorisation très mal vécues sur le plan personnel et sur le plan du groupe.

On note une bonne évolution actuellement liée à une meilleure intégration au groupe.

4° Examen psychologique :

A. — W.I.S.C. - Q. I. = 83 — V. : 79 - P. : 90.

Commentaires

La note supérieure des épreuves de performance est due surtout à de bonnes possibilités d'intégration analytico-synthétique doublées d'une certaine aptitude à percevoir les situations humaines dans leur ensemble.

Au niveau verbal, les acquisitions restent faibles.

B. — Figure de REY :

Copie : La construction est mal assurée. Nombreuses déformations, ce qui évoque davantage une certaine maladresse manuelle que des troubles perceptifs importants.

Mémoire : La construction est plus assurée mais il existe de nombreuses omissions, ce qui va dans le sens d'un déficit mnésique.

C. — Test de latéralité :

La connaissance directionnelle est confuse. La dominance manuelle n'est pas très assurée, la dominance de l'œil et du pied se situe du côté droit.

D. — Test de l'Alouette :

La lecture se fait très lentement, elle est hachée. Niveau C. P.

E. — Tests projectifs :

Il existe un désir de relations privilégiées avec les deux parents et notamment avec la mère.

Une attitude défensive, de neutralisation des réactions, entraîne de très nombreuses perceptions globales et élimine l'intérêt pour les détails de la vie pratique et de la réalité.

On note d'autre part une importante introversion, l'enfant étant absorbé par un monde intérieur.

Les rapports humains restent possibles, l'adaptation sociale est bonne.

Ce qui domine enfin, c'est toujours cette recherche d'affection, très importante au niveau des images parentales.

Pour dépouiller nos résultats, nous nous sommes arrêtés à plusieurs éléments avec une fréquence importante.

Pour chaque observation, nous noterons de + + + + à — — — — de la plus grande fréquence d'apparition à l'absence totale.

Nous considèrerons successivement :

1° La distorsion entre le score obtenu à l'échelle verbale et à l'échelle de performance ;

2° La corrélation scolaire ;

3° La notion de progrès ;

4° Les grandes fratries ;

5° Les perturbations de la sphère socio-familiale ;

6° Les troubles relationnels ;

7° La notion de bilinguisme ;

8° Les déficits instrumentaux.

9° L'organicité ;

10° La valeur diagnostique du Q. I.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Distorsion échelle verbale - Ech. performance	++	+	+++	+++	+++	+++	+	++	++	−	++	++	+++	+
Corrélation scolaire ..	----	−−	−−−	+	−−	−	−	−−−	−−	−−	−−	−	−	−
Notion de progrès	+++	++	++	+	+	++	++	+	++	+++	+	+	++	+
Grandes fratries	++	+++	+++	++	−	+	+++	−	+	+++	−	−	+++	−
Perturbations de la sphère socio-familiale	++	++	++	++	+++	+++	+		−−	++	+++	++++	++	+++
Troubles relationnels ...	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++++	+++	++++	+++	+++
Bilinguisme			+++					+++						
Déficits instrumentaux			+	++							++			+
Organicité				+++		+++								
Valeur diagnostique du Q. I.	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−	−

Par **corrélation scolaire,** nous entendons la corrélation entre le quotient intellectuel apprécié par les tests de niveau et les résultats scolaires que l'on serait en droit d'attendre en fonction de ce quotient.

A ce propos, il nous appartient de critiquer cette notion de corrélation qui est particulièrement mise en avant par les promoteurs de la NEMI selon laquelle deux enfants ayant le même quotient intellectuel devraient avoir les mêmes résultats scolaires.

Cette notion, fortement discutable, est pourtant à la base de tout le système d'orientation utilisé par les services de l'Education nationale.

Par **perturbations de la sphère socio-familiale,** nous entendons :

— D'une part, les perturbations strictement relationnelles entre les différents membres de la cellule familiale (mésentente conjugale, jalousie entre frères et sœurs, préférences parentales) ;

— D'autre part, les perturbations liées à une mauvaise insertion sociale de la cellule familiale (facteurs techniques, linguistiques, économiques).

Par **troubles relationnels,** nous entendons :

— D'une part, les difficultés liées à des conflits latents de type névrotique (agressivité latente, défenses, rationalisations), mais également les difficultés relationnelles se manifestant par des troubles du comportement (instabilité, troubles caractériels)

Par **déficits instrumentaux,** nous entendons les troubles de la latéralité, de la spatialisation, éventuellement des troubles sensoriels appréciés par les tests utilisés (Harris, Alouette) et l'examen médical.

Par **valeur diagnostique du Q. I.,** nous entendons, avec les réserves signalées au chapitre de la corrélation scolaire, l'im-

portance de la notion de Q. I. par rapport à tous les autres troubles objectivés par des examens plus complets.

De ce tableau, il ressort avec force que la notion de Q. I. est très insuffisante, même trompeuse.

Quoi qu'il en soit, le chiffre brut masque trois séries d'éléments que nous retrouverons avec beaucoup de fréquence dans nos observations.

1° L'écart entre l'échelle verbale et de performance :

Ceci est capital et on se rend ainsi compte des erreurs qui peuvent être commises si l'on songe qu'elles conditionnent l'avenir d'un enfant en se fondant sur l'examen d'un chiffre obtenu après un examen-type essentiellement verbal (BINET-SIMON, NEMI).

De plus, le score verbal, s'il a une valeur prédictive grande concernant la réussite scolaire chez un sujet de bon niveau, a beaucoup moins de signification chez les débiles.

Certains auteurs vont même jusqu'à affirmer que cette notion « perd son intérêt au niveau de la débilité » (DELAY, PICHOT, PERSE).

REMARQUE

On constate à l'examen des différentes courbes que la plus grande partie de nos sujets ont des scores supérieurs à la moyenne aux tests verbaux, similitudes et compréhension, les deux tests mesurant le mieux le raisonnement, le bon sens et la logique de la pensée, alors que des chutes sensibles affectent les épreuves les plus directement liées aux acquisitions et à la scolarité.

Le Q. I. est en fait la résultante de l'élément intellectuel véritable (souvent nommé facteur « g ») et de multiples éléments d'acquisition, d'affectivité, de relations sociales ayant marqué l'enfant au cours de son développement.

Si l'on ne considère pas cette deuxième composante, on obtient évidemment un résultat global inférieur aux réelles possibilités.

L'intérêt du W.I.S.C. est justement de permettre cette discrimination car il comprend des épreuves directement liées aux capacités de jugement et de bon sens et des épreuves impliquent des acquisitions.

2° **Les troubles relationnels,** qui ne peuvent pas être appréciés de manière efficace à l'aide des seuls tests de niveau. Ils ont pourtant un rôle important dans les difficultés scolaires et les difficultés d'insertion et d'adaptation qui sont certainement un critère supérieur d'admission dans un Institut Médico-Pédagogique puisque ce n'est que lorsqu'ils revêtent un aspect moins inquiétant que la rééducation pédagogique proprement dite a quelque chance d'aboutir. C'est à ce niveau, semble-t-il, que se situe le champ de la psychopathologie de l'enfant, ce que masque l'utilisation stricte du Q. I.

3° **Les perturbations de la sphère socio-familiale** ont également dans nos observations une fréquence élevée et montrent l'intérêt de l'utilité de leur appréciation dans la définition des critères d'admission.

Une fois encore, le Q. I. masque ces notions, à la seule réserve près que la baisse relative de l'échelle verbale par rapport à l'échelle de performance n'est souvent que la traduction d'une carence d'apport en liaison avec ces perturbations.

Car, en fait, pour nos sujets, il semble que ce soit en terme de carence d'apports qu'il faille raisonner et qu'alors on puisse peut être parler de fausse débilité.

De très nombreux facteurs, en effet, sont susceptibles d'en fournir une explication. Dans nos observations, nous relevons, en effet :

a) Des **troubles de la personnalité,** relevés par l'examen psychiatrique, observés par les éducateurs, retrouvés dans les tests projectifs.

Le reste de l'examen nous a permis également d'isoler des structures caractérielles, des instabilités, des inhibitions.

Enfin, pour la quasi totalité de nos sujets, nous avons relevé des troubles dans la relation avec la mère, issus souvent d'une attitude hyperprotectrice de celle-ci.

b) Des **inaptitudes spécialisées :**

— Déficits instrumentaux, isolés ou globaux, troubles perceptifs, troubles de la latéralité, troubles spécifiques de l'apprentissage, déficit mnésique...

c) Des **antécédents** susceptibles de fournir une explication aux carences d'acquisition : mauvaise fréquentation scolaire, organicité, bilinguisme.

d) Le désintérêt par manque de stimulation affective et par absence de valorisation des succès (familles frustes, désunies, milieu non stimulant, familles nombreuses pour plus de la moitié de nos sujets, familles pathogènes.

Ce qui apparaît également, c'est la notion du progrès chez tous nos sujets, ce qui, bien sûr, est un élément de bon pronostic mai qui, de plus, nous pousse à penser que les possibilités intellectuelles existaient, car la plus grande partie de nos sujets ont en effet un potentiel intellectuel quasi normal et connaissaient tous un échec scolaire. L'intérêt d'un examen complet ne peut donc que s'imposer dès que l'on songe à la récupérabilité.

Dès que l'on a connaissance des causes des absences d'acquisition, on peut alors tenter d'utiliser au maximum des possibilités intellectuelles, même réduites, en allant dans le sens d'un apprentissage moteur, d'une rééducation perceptive, en perfectionnant la capacité d'apprentissage, en créant un climat socio-affectif favorable, voire en pratiquant des psychothérapies, le pronostic de la réadaptation étant souvent lié à des données affectives (environnement social).

Il va alors de soi que cette rééducation ne peut être du ressort exclusif des méthodes pédagogiques et qu'une intervention médico-socio-éducative s'impose.

CONCLUSION

A la fin de notre étude, il apparaît donc clairement que le déficit intellectuel apprécié par le quotient intellectuel n'est pas une cause susceptible d'expliquer un retard mais une résultante, la conséquence de troubles divers et d'éléments que nous avons essayé d'isoler.

Ces éléments interviennent sur les différents aspects de l'intelligence.

Dès lors, il ne fait plus de doute que la notion de quotient intellectuel

— est insuffisante,

— est trompeuse.

Elle donne en fait une apparence scientifique et confère un caractère rigoureux à des faits qui ne le sont pas ; le « mythe du chiffre » souvent dénoncé par beaucoup subsiste encore aujourd'hui.

Il donne des images stéréotypées ; son utilisation à mauvais escient revient à encadrer et à fixer l'enfant dans des systèmes éducatifs mal ajustés et aliénants.

Le placement engage l'avenir de l'enfant.

Nous ne pouvons à ce propos que cautionner Maud MANNONI lorsqu'elle souligne la « méfiance dont on doit parfois entourer certains pronostics destructeurs basés sur le Q. I. »

L'avenir d'un enfant est une chose trop importante pour se contenter de la seule interprétation d'un chiffre, même si les méthodes pour l'obtenir ont été rigoureuses. Car, en fait, ce n'est pas la notion de quotient intellectuel, qui est criticable, mais bien son utilisation abusive. ZAZZO écrit à ce sujet : « La notion de quotient intellectuel n'est pas responsable du mauvais usage qu'on en fait ».

Il est donc certain qu'un examen individuel complet s'impose ; l'examen psychologique, en vue de situer le niveau de l'enfant, n'en constituant qu'une partie. Les résultats, pour être exploités au maximum, devraient être systématiquement analysés dans le détail en vue d'avoir un bilan complet des capacités. Ce n'est que dans ces conditions et à la lumière de ces résultats qu'une action pédagogique aura son maximum d'efficacité.

Dès lors, il ne semble pas possible d'utiliser des résultats chiffrés pour décider d'un placement. L'attitude consistant à analyser les réelles possibilités, après une étude complète du cas, paraît à nos yeux infiniment plus profitable.

Ceci devrait entraîner une modification des structures d'accueil et notamment des structures médico-pédagogiques qui, au delà du handicap purement intellectuel que pourrait éventuellement traduire le chiffre du quotient intellectuel, devraient considérer essentiellement les troubles associés, en n'admettant pas les déficiences intellectuelles isolées, relevant à notre sens d'une structure de rééducation purement pédagogique dépendant de l'Education nationale.

C'est au niveau du dépistage que le champ de la pédo-psychiatrie doit se situer d'une part mais c'est un sujet que nous ne pouvons développer dans notre étude. Il faut noter cependant que le psychiatre s'occupant d'enfants risque d'être pris comme l'instrument de certaines institutions.

C'est surtout au niveau de l'équipe médico-pédagogique que nous envisageons le rôle du psychiatre d'enfants.

Il ne devra pas être le seul moteur de la création ou du fonctionnement d'institutions, le seul « chargé de pouvoir », le seul élément dominant de cette équipe de soignants ». Il doit être un homme parmi d'autres, soucieux d'un enfant, soucieux d'une meilleure compréhension « de l'enfant dans sa globalité ».

Il n'aura pas de rôle spécifique, sinon celui de rechercher la compréhension de l'enfant, surtout par le contact qu'il essaiera d'établir avec lui, action qui ne peut tenir compte d'une valeur chiffrée donnée à « l'intelligence d'un enfant ».

Car il est certain — et nous l'avons vu dans nos observations — que, bien souvent, une enquête sociale, un rapport de comportement, un examen psychologique sur le plan projectif, ou un examen psychiatrique, sont beaucoup plus importants qu'un test de niveau en vue d'un placement éventuel.

Vu et permis d'imprimer :
TOULOUSE, le 6 Mai 1971
Le Président du Conseil
de l'Université,
L. LARENG.

Vu : Le Président de Thèse :
Professeur GERAUD.

Vu, pour le Doyen.
Pour le Recteur,
Président du Conseil
de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

(1) AUBRY (J). — *La carence des soins maternels,* (Bourrier-Despiaux, Paris).

(2) BENOIT (G.). — *Conférences de psychiatrie,* (Fasc. 6, Doin. Paris 1965).

(3) BINET (A.) et SIMON (Th.). — *Méthode nouvelle pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux* (Annales Psych. 11-1904).

(4) Dr BONNIS (L.). — *Le développement de l'intelligence chez les arriérés* (Thèse de Médecine, Paris 1923).

(5) BRUNET (O.) et LEZINE (I). — *Le développement psychologique de la 1re enfance,* P.U.F. Paris 1965.

(6) DUCHÉ. — *La notion de débilité mentale,* (Gazette Médicale de France, T. 74 - 3 Mai 1967).

(7) DUCHÉ. — *Fréquence, voies d'installation et classification des déficients mentaux,* Revue du Praticien (T. XVI. n° 17 p. 2443).

(8) DESCŒUDRE (A.). — *L'éducation des enfants arriérés* (Paris et Neuchâtel, Delachaux et Niestlé 1932).

(9) DELAY, PICHOT, PERSE. — *La notion de débilité mentale camouflée,* (Anales Médico-Psychologiques. 52 - T. 1).

(10) DELAY, PICHOT, PERSE. — *La notion de la pseudo-débilité mentale par arriération affective,* (Anales Médico-Psychologiques. 52. T. 1. p. 619).

(11) DUCHÊNE (H.) et SMIRNOF (V.). — *Etats d'arriération,* (Encyclopédie Méd.-Chir-Psychiatrie I fasc 37 - 270 - 1955).

(12) EY Henri, BERNARD (D.) et BRISSET (H.). — *Manuel de Psychiatrie,* Masson, Paris 1967.

(13) FAUR et Coel. — *Psychothérapie des débiles mentaux,* (P.U.F. Paris 1966).

(14) GAYRAL (L.). — *Précis de Psychiatrie* (Baillère et Fils, Paris 1962).

(15) HEWYER (G.) . — *Introduction à la psychiatrie infantile,* (P.U.F. Paris 1962.
— *Débilité mentale et débilité intellectuelle,* (Ann. Psychol. 1951 - 50, 665-669).

(16) KOHLER. — *Les déficiences intellectuelles chez l'enfant.* P.U.F. 1964).
— *L'affectivité du débile mental et ses troubles,* (Revue de Neuro-psychiatrie infantile, 1965, 13, n° 4-3 - 323-330).

(17) LAFON (R.). — *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant,* (P.U.F .Paris 1963).

(18) LAURENT (J.-M.). — *Pseudo-débilité mentale et perturbations affectives,* (Revue de Neuro-Psychiatrie infantile n° 9-10, Sept. - Oct. 1969).

(19) LAURENT (Ph.) et PHILONENKO. — *Le débile mental dans le monde du travail,* Bulletin du C.E.R.P. 10e année, T. X. Septembre 1961).

(20) L. MOOR. — *La pratique des tests mentaux en psychiatrie infantile,* (Masson 1967).

(21) PERSE. — *La notion du quotient intellectuel. Sa signification. Sa valeur,* (Revue de psychologie appliquée, T. 1 n° 1. Octobre 1950).

(23) RORSCHACH. — *Psychodiagnostic,* (P.U.F.) 1967).

(23) MANONI (M.). — *Le premier rendez-vous avec la psychanalyse,* (Ed. Gonthier, Genève 1965).

— *L'enfant arriéré et sa mère,* (Ed. du Seuil, Paris 1964).

— *L'enfant, sa maladie et les autres,* (Ed. du Seuil, Paris 1967).

(24) ESEIX (M.) et divers spécialistes. — *Les enfants inadaptés et l'école primaire.* (Paris, Bourrelier, 1951).

(25) MISES (R.) et BARANDE (I.). — Les états déficitaires dysharmoniques graves, *La psychiatrie de l'enfant,* (vol. VI, fasc. I, P.U.F., Paris 1963).

(26) MOOR (L.) — Dispositions à caractère social en faveur des enfants et adolescents déficients mentaux. (*Revue de Neuro-psychiatrie infantile,* Avril-Mai 1965, 315-321).

(27) PIAGET (J.). — *La naissance de l'intelligence chez l'enfant,* (Delachaux et Niestlé Ed. Neuchâtel, 1948).

(28) PICHOT (P.). — *Les tests mentaux.* (Coll. « Que sais-je ? ». P.U.F. éditeur).

(29) POROT (M.). — *L'enfant et les relations familiales,* (P.U.F., Paris 1963).

(30) PRUDHOMMEAU. — *L'enfance anormale,* (Paris, P.U.F. 1949).

Les enfants déficients intellectuels, (Paris, P.U.F. 1956).

(31) *Recherches.* (Spécial sur l'Enfance Aliénée, Septembre 1967).

(32) *Revue de Neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance,* (n° 1 et 2, Janv., Fév. 1967, sur « Les psychoses infantiles »).

(33) REY (A). — *Ecole des insuffisances psychologiques,* (2 tomes. Paris et Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1947).

(34) *Sauvegarde de l'Enfance,* (Janvier 1965, n° spécial faisant le bilan des résultats des actions entreprises, et les perspectives d'avenir des insuffisants mentaux).

(35) SIMON (Jean). — *La débilité mentale chez l'enfant,* (Coll. Mésopée, Privat 1964).

(36) TOSQUELLES (Fr.). — *Pédagogie et psychothérapie institutionnelles,* (n° 2 et 3.).

— *La pratique du maternage thérapeutique chez les débiles mentaux profonds.* (Au petit édit., 1966).

(37) VERMEYLEN. — Les débiles mentaux. *Etudes expérimentales et cliniques.* (Paris 1923).

(38) WALLON (H.). — *L'enfant turbulent,* (Paris, Alcan 1925).

— *Les origines de la pensée chez l'enfant,* (2 tomes, P.U.F. Paris 1947).

(39) ZAZZO (R.), PERRON (R.) et autres spécialistes. — Nouvelles recherches sur la débilité mentale. (*Revue Enfance,* 3-4-1960).

(40) ZAZZO (R.) et divers. — Etude de défectologie. (*La raison,* n° 16, 1956).

(41) FREUD (Anna). — *Le normal et le pathologique chez l'enfant.* (Gallimard, Paris 1968).

(42) BOUDRIER (G.). — *Histoire de la Psychométrie* (Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psych. T. 1. 37180 A 10 7963).

Un Imprime soigne
est toujours signé
A. Hunault & Fils
16, Rue Maréchal-Foch
& 7, Rue de l'Harmonie - Tarbes